

بررسی تأثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر الگوی روی بر میزان سازگاری روانی اجتماعی مبتلایان به سکته مغزی

بی بی مالکی (MSc)^۱، نصراله علیمحمدی (PhD)^{۲*}، محسن شهیریاری (PhD)

۱- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- گروه مراقبت های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳- گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دریافت: ۹۵/۳/۱۱، اصلاح: ۹۵/۶/۷، پذیرش: ۹۵/۷/۸

خلاصه

سابقه و هدف: سکته مغزی بیماری مزمنی است که بر کلیه ابعاد انسان از جمله روانی و اجتماعی تأثیر می گذارد. دستیابی بیماران به تعادل در این ابعاد نیازمند به مداخله مراقبتی مناسب و با برنامه است. لذا هدف از این مطالعه بررسی تأثیر یک برنامه مراقبتی از بعد زیستی مبتنی بر الگوی روی بر میزان سازگاری ابعاد روانی اجتماعی مبتلایان می باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی بر روی ۵۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی در بیمارستانهای منتخب آموزشی شهر اصفهان، ایران در سال ۱۳۹۲ انجام گردید. واحدهای مورد پژوهش به صورت در دسترس انتخاب و تصادفی به دو گروه متساوی تخصیص داده شد. داده ها با استفاده از فرم محقق ساخته بررسی و شناخت مبتنی بر الگوی روی جمع آوری گردید. برنامه مراقبتی بر اساس رفتارهای ناسازگار و محرک های آنها تدوین و جهت گروه آزمون اجرا و پیگیری شد. گروه کنترل مراقبت های روتین دریافت کردند. داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ و آزمون های آماری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین نمره سازگاری قبل از مداخله در دو گروه در ابعاد سازگاری روحی روانی (درک از خود استقلال - وابستگی) و اجتماعی (ایفای نقش) اختلاف معنی داری نداشت در حالی که بعد از مداخله اختلاف معنی داری به دست آمد. ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: استفاده از برنامه مراقبتی طراحی شده مبتنی بر مدل سازگاری روی با رویکرد کل نگر و مراقبت های مبتنی بر همکاری بین بخشی، قادر است سازگاری ابعاد روانی اجتماعی مبتلایان به سکته مغزی را افزایش دهد.

واژه های کلیدی: سکته مغزی، مدل سازگاری روی، سازگاری روانی اجتماعی، برنامه مراقبتی.

مقدمه

سکته مغزی از شایع ترین بیماری های ناتوان کننده عصبی در سنین میانسانی و سالمندی می باشد. همچنین سومین علت شایع مرگ و میر بعد از سرطان و بیماری های قلبی عروقی می باشد که شیوع آن با افزایش سن افزایش می یابد (۱). در ایران سالیانه ۳۲۷ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر دچار سکته مغزی می شوند، همچنین شایع ترین عامل ناتوانی در بزرگسالان ایران محسوب میشود (۲).

سکته مغزی به عنوان یک حادثه مهم می تواند بر روی تمامی ابعاد انسان همچون روانی و اجتماعی تأثیرگذار باشد و موجب یکسری اختلالات شناختی نظیر عدم توجه، کاهش حافظه، مشکلات یادگیری و اختلال در آگاهی به زمان، مکان و افراد گردد (۳). این اختلالات بر توانایی شخص تأثیر گذاشته و بهبودی ایشان را طولانی مدت می سازد (۴). از طرف دیگر، مطالعات نشان می دهد ۲۰ تا ۲۵ درصد از افراد مبتلا در ۶ ماه اول بعد از سکته، اختلالات خلق، استرس و

ناراحتی را تجربه می کنند (۳) که موجب تأثیرات منفی بر روی ارتباط بیمار با خانواده و دوستان و جدائی فرد از اجتماع می گردد (۴). از دیگر مشکلات مبتلایان کاهش اعتماد به نفس و اختلال در خودپنداره (self concept) است که می تواند منجر به اختلال در تصویر بدنی از خود (body image)، احساس جذاب نبودن، نگرانی نسبت به وضعیت ظاهری، اختلال در عملکرد (۳، ۵) انزوای اجتماعی، افسردگی و افزایش مرگ و میر در افراد مبتلا شود (۶). سکته مغزی همچنین موجب افزایش احساس وابستگی در افراد و کاهش احساس فرد از خود ارزشی می گردد که در صورت بازخورد منفی از جانب دیگران موجب درونی شدن آن گردیده و فرد بیشتر از قبل وابسته می گردد. این بیماری با تأثیر بر کلیه ابعاد زندگی بر سبک زندگی اغلب افراد مبتلا تأثیر گذاشته و توانایی آنها را در غلبه بر تغییرات سبک زندگی و سازگاری با تغییرات دچار اختلال می کند (۷). بدیهی است فرایند سازگاری با یک بیماری مزمن همچون سکته مغزی، فرایندی است

* مسئول مقاله: نصراله علیمحمدی

E-mail: alimohammadi@nm.mui.ac.ir

آدرس: دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، گروه مراقبت های ویژه پرستاری تلفن: ۷۹۲۷۵۱۶-۰۳۱۱

همسری، نقش مادری و سایر نقش‌های بیمار) و انتظارات خانواده از بیمار و ۷ سؤال در بعد استقلال-وابستگی در مورد ارتباطات فردی و اجتماعی بیمار و عادات می‌باشد. فرم محقق ساخته بررسی و شناخت میزان سازگاری پس از بومی سازی جهت تعیین اعتبار صوری و محتوایی در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی پرستاری و پزشکی قرار داده شد و با دریافت نقطه نظرات ایشان، تغییرات لازم داده شد. جهت تایید پایایی آن نیز با مطالعه پایلوت و احتساب ضریب آلفای کرونباخ (۷۶/۶) در ۱۰ بیمار مورد تایید قرار گرفت. با استفاده از مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت، هر یک از گزینه‌ها از صفر به معنی «هیچ وقت»، یک «مدتی کوتاه»، دو «بعضی اوقات»، سه «غالباً» و ۴ به معنی «همیشه»، نمره گذاری گردیدند. بدین ترتیب هر یک از نمونه‌ها در بعد فیزیولوژیک امتیاز صفر تا ۱۱۲، بعد درک از خود صفر تا ۵۲، بعد ایفای نقش صفر تا ۳۲، بعد استقلال-وابستگی صفر تا ۲۸ محاسبه و جمع کل نمره سازگاری در چهار بعد از صفر تا ۲۲۴ بود. پژوهشگر با حضور در محیط پژوهش، بیمارانی که دارای مشخصات واحد مورد پژوهش بودند را با روش آسان انتخاب نمود. پس از توضیح اهداف مطالعه و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، فرم اطلاعات دموگرافیک را کامل کردند. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی به طور برابر در دو گروه آزمون و کنترل تخصیص داده شدند. ۲ هفته پس از ترخیص با هماهنگی از قبل صورت گرفته پرسشنامه بررسی و شناخت میزان سازگاری جهت هر دو گروه تکمیل گردید. سپس برنامه آموزشی مراقبتی برای برای گروه آزمون اجرا شد. بدین منظور نمونه‌ها در چهار گروه ۵-۶ نفره قرار گرفتند و بر اساس مدل روی شش مرحله فرایند پرستاری اجرا شد. در مرحله اول ارزیابی، از طریق مصاحبه و مشاهده، رفتارهای سازگار و ناسازگار در چهار مد سازگاری مشخص گردید. برای مثال اختلال در انجام فعالیت های روزانه به عنوان رفتار ناسازگار مشخص شد. در مرحله دوم ارزیابی؛ محرک های هر یک از رفتارهای ناسازگار در بعد زیستی شناسایی و به انواع محرک باقی مانده، زمینه ای و موضعی دسته بندی شد. برای مثال جهت رفتار ناسازگار اختلال در انجام فعالیت های روزانه، محرک اصلی سکنه مغزی، محرک زمینه ای عواملی همچون خستگی زودرس، فلج دست یا یک طرف بدن، بی حسی نیمه بدن و کاهش توان کاری با وجود فلج یک طرفه بدن به عنوان محرک باقیمانده مشخص شد.

در مرحله سوم، اقدام به تدوین تشخیص های پرستاری گردید. برای مثال اختلال در انجام فعالیت های روزانه به صورت عدم توانایی در به کار بردن صحیح اشیاء مانند مسواک، عدم توانایی در لباس پوشیدن، حمام کردن و استفاده از لگن در ارتباط با اختلال در تحرک جسمانی، ضعف و بی حسی اندام متعاقب کاهش خونرسانی به مغز مطرح گردید. در مرحله چهارم محقق و افراد مبتلا بطور مشترک به طراحی اهداف کوتاه مدت و بلند مدت پرداختند. در مرحله پنجم مداخلات طبق یک پروتکل آموزشی توسط تیم مراقبتی (پرستار پژوهشگر، پزشک مربوطه، کارشناس تغذیه و روانشناس) انجام شد. برنامه به صورت تئوری و عملی به همراه جزوه آموزشی در ۴ جلسه آموزشی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ای و در طی ۲ هفته ارائه شد. ضمناً پس از پایان جلسات به صورت مداوم هفته ای یک بار (به مدت یک ماه) با افراد مبتلا گروه آزمون، تماس تلفنی برقرار و در خصوص وضعیت ایشان، نحوه انجام ورزش های حرکتی به پرسش هایشان پاسخ داده شد. در مرحله ششم مجدداً فرم بررسی و شناخت میزان سازگاری جهت هر دو گروه تکمیل گردید (۸ هفته پس از ترخیص). در این مطالعه افراد مبتلا گروه کنترل

که دائماً تحت تاثیر محرک های فردی و محیطی قرار می گیرد و با افزایش میزان سازگاری، بیمار در ابعاد مختلف (فیزیولوژیکی و روانشناختی) می تواند به خود کنترلی مطلوب تری از بیماری خود دست یابد (۸). روی بیان می نماید دستیابی به سلامتی در بیماری های مزمن می تواند با به کارگیری مدل سازگاری در کلیه ابعاد سازگاری (بعد فیزیولوژیک و ابعاد روانشناختی درک از خود، ایفای نقش و استقلال وابستگی) امکان پذیر گردد (۹). زیرا در این مدل، بیمار بطور دقیق مورد ارزیابی قرار گرفته و طی اقدامات پرستاری و دستکاری محرک های ایجاد کننده رفتارهای ناسازگار، رفتارهای سازگار افزایش یافته و در نتیجه بیمار به سازگاری فیزیولوژیک و روانشناختی بهتری دست می یابد (۸). برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی روی، چارچوبی را جهت تفکر پرستار در بررسی شرایط مختلف افراد مبتلا می تواند فراهم نماید تا پرستار بتواند بهتر شرایط را تجزیه و تحلیل نموده، تفکر خود را سازماندهی کند و بهترین تصمیم را برای مراقبت از بیمار خویش اخذ نماید از طرفی پیش بینی می شود با بکارگیری برنامه مراقبتی بر اساس مدل روی، رفتارهای سازگار (سالم) در بیمار افزایش یافته و در نهایت باعث کاهش عوارض ناشی از بیماری شود (۱۰). بنابراین فرایند سازگاری متعاقب سکنه مغزی، نیازمند مداخلات روانی جهت پذیرش کاهش توانایی ها و تغییرات زندگی و مدیریت استرس ها و سازگاری با تغییرات جدید در زندگی است. در این برنامه، گروه های حمایتی اعم از خانواده، دوستان و گروه های حمایتی از افراد مبتلا باید مورد توجه قرار گیرند (۷). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر مراقبت از بعد جسمی بر سازگاری مبتلایان به سکنه مغزی در ابعاد روانی - اجتماعی انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی (گروه کنترل و مداخله) به روش قبل و بعد می باشد که در سال ۱۳۹۲ در دو بیمارستان منتخب آموزشی شهر اصفهان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۱۸ سال به بالا، دارای اجازه انجام برنامه مراقبتی از جانب پزشک مربوطه، آگاهی کامل نسبت به زمان، مکان و اشخاص، عدم وجود نقص بینایی یا شنوایی و مشکلات اسکلتی عضلانی، مبتلایان به اولین سکنه مغزی، تمایل، انگیزه و توانایی جهت دریافت آموزش و اجرای برنامه مراقبتی، آشنایی به زبان فارسی و عدم وجود آزاری درکی یا گلوبال بود. همچنین عدم تمایل افراد مبتلا به ادامه برنامه مراقبتی و غیبت حداقل به مدت دو جلسه در طول مطالعه به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. حجم نمونه در مطالعه حاضر با توجه به ضریب اطمینان ۹۵ درصد، ۵۰ نفر (۲۵ نفر بطور برابر در هر دو گروه آزمون و کنترل) تعیین شد. در این مطالعه با استفاده از فرم فرایند پرستاری الگوی روی، منابع کتابخانه ای و سایت های معتبر اینترنت pubmed, SID, SCOPUS, Elsevier, ovid، نیازهای مشترک افراد مبتلا با استفاده از فرم فرایند پرستاری و همچنین مطالعه ابزارهای مرتبط فرم محقق ساخته تهیه و اطلاعات جمع آوری گردید. این پرسشنامه شامل ۵۶ سؤال جهت بررسی میزان سازگاری ابعاد مختلف می باشد که ۲۸ سوال بعد فیزیولوژیک در ارتباط با فعالیت، استراحت، تغذیه، دفع، گردش خون، اکسیژناسیون، مایعات، الکترولیت ها و غدد درون ریز، ۱۳ سؤال در بعد درک از خود در ارتباط با خود فیزیکی، خود ذهنی و خود در ارتباط با دیگران، ۸ سوال در بعد ایفای نقش در مورد ارتباط با خانواده، نقش های خانوادگی (نقش

تحت مراقبت (و حمایت) معمول و روتین قرار داشتند و پس از اتمام مداخله، سازگاری آنان توسط فرم بررسی سازگاری مورد سنجش قرار گرفت. پس از اتمام دوره مطالعه جزوه آموزشی در اختیار ایشان قرار داده شد و در یک جلسه توضیحات لازم به ایشان داده شد. بعد از ۸ هفته پرسشنامه بررسی و شناخت میزان سازگاری در گروه شاهد نیز تکمیل و توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و آزمون های آماری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

نتایج نشان داد که مردان اکثر نمونه های مطالعه را (۶۴ درصد) تشکیل دادند (جدول ۱). میانگین سن در گروه آزمون $67/5 \pm 9/8$ و در گروه کنترل $69/04 \pm 8/9$ بودند. ۸۰ درصد در گروه آزمون و ۸۸ درصد در گروه کنترل بیسود و

زیر دیپلم بودند. همچنین ۷۶ درصد افراد گروه آزمون و ۸۰ درصد افراد گروه کنترل متاهل بودند. از نظر محل سکونت بیشترین درصد واحدهای پژوهش در هر دو گروه شهرنشین بودند. یافته ها نشان داد که بین دو گروه از نظر مشخصات فردی و متغیرهای زمینه ای تاثیر گذار بر مطالعه، در قبل از مداخله ($p = 0/55$) (اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت. نتایج نشان داد که در گروه آزمون، میانگین نمره سازگاری در بعد مفهوم خود، ایفای نقش، استقلال- وابستگی افزایش معنی داری داشت ($P < 0/001$) (جدول ۲). در بعد مفهوم از خود میانگین نمره سازگاری در گروه آزمون از $14/86$ به $32/86$ رسید که بیانگر تغییر معنی داری بود ($P = 0/000$). در بعد ایفای نقش میانگین نمره سازگاری از $7/1$ به $21/1$ رسید که بیانگر تغییر معنی دار بود ($P = 0/000$). همچنین در بعد استقلال وابستگی میانگین نمره سازگاری از $13/16$ به $23/25$ رسید که بیانگر تغییرات معنی دار بود ($P = 0/000$).

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد مبتلا به سکنه مغزی بر حسب مشخصات دموگرافیک در دو گروه کنترل و آزمون

گروه	معمول (درصد)	مبتنی بر الگوی روی (درصد)	P value
سن	۴۹-۸۱	۶۷/۵	۰/۵۶
جنس	زن	۳۲	۴۰
	مرد	۶۸	۰/۵۶
سطح تحصیلات	بیسود و زیر دیپلم	۸۸	۸۰
	دیپلم و بالاتر از دیپلم	۱۲	۰/۹۶
وضعیت تاهل	مجرد، مطلقه، بیوه	۲۰	۲۴
	متاهل	۸۰	۰/۴۰
وضعیت سکونت	شهر	۷۲	۸۰
	روستا	۲۸	۰/۵۰

جدول ۲: مقایسه میانگین ابعاد سازگاری در واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله

ابعاد سازگاری	قبل از مداخله $X \pm SD$	بعد از مداخله $X \pm SD$	P-value
فیزیولوژیک	$47/4 \pm 8/4$	$94/7 \pm 7/8$	$< 0/001$
درک از خود	$14/86 \pm 5/64$	$32/86 \pm 5/10$	$< 0/001$
استقلال-وابستگی	$13/16 \pm 4/34$	$23/25 \pm 2/19$	$< 0/001$
ایفای نقش	$7/1 \pm 4/06$	$21/1 \pm 3/4$	$< 0/001$

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می دهد که اجرای برنامه مراقبتی مبتنی بر الگوی روی بر میزان سازگاری افراد مبتلا سکنه مغزی در بعد روانی-اجتماعی (درک از خود،

ایفای نقش و استقلال-وابستگی) موثر است. نتایج مطالعه Bakan and Akyol نیز نشان می دهد که مراقبت و آموزش بر اساس این الگو می تواند بر رفتارهای ناسازگار مبتلایان به نارسایی قلب از قبیل افزایش فشارخون، چربی

خون بالا، خود مراقبتی، بهبود کیفیت زندگی و اختلالات خواب موثر باشد (۱۱). نتایج مطالعات دیگر بر روی مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه و مبتلایان به دیابت نشان داد که مراقبت و آموزش بر اساس الگوی روی بر رفتار ناسازگار (خستگی) فعالیتهای روزانه زندگی و کنترل نامناسب قند خون (۱۲) موثر است. در مطالعه دیگری، این الگو بر بهبود رفتارهای مادران باردار (بعد روانی) نظیر پذیرش بارداری، ترس از زایمان، روابط با همسر، همچنین احساس خوب بودن تاثیر مثبت دارد (۱۳). سازگاری توانایی کنار آمدن با شرایط متغیر محیطی و درونی می باشد. سازگاری روانی-اجتماعی، فرایند روانشناختی است که در آن فرد با خواسته ها (تمایلات) و چالش های زندگی روزمره، مقابله می کند یا آنها را در کنترل خود در می آورد. فردی از سازگاری روانی - اجتماعی برخوردار است که در پاسخ به محرک هایی که بر او وارد می شود، بهترین تعامل را نشان می دهد. در نتیجه می تواند به میزان کافی فعالیت کند، از اضطراب و تعرض دوری جوید، با مشکلات مواجه شود، درباره آنها فکر کند، تصمیم بگیرد، عمل کند و از زندگی خود لذت ببرد. همچنین بر عواطف و احساسات خود کنترل داشته، از تصویر ذهنی و اعتماد به نفس خوبی برخوردار باشد (۱۴) و در صورت اختلال در سازگاری روانی اجتماعی مشکلاتی چون اختلال در خواب، بی قراری، تحریک پذیری، عصبی بودن، خستگی، اضطراب، از دست دادن تمرکز، عدم کنترل عواطف و احساسات و منزوی شدن بروز خواهد کرد (۱۵). زیرا که از نظر روی انسان برای حفظ تعادل و تمامیت وجود خود نیاز دارد که در چهار بعد با محرک های اطراف خود سازگار شود. در واقع میزان سازگاری در فرایند تعامل با محرک اصلی، زمینه ای و باقیمانده تعیین می شود (۱۶).

همانطوریکه نتایج مطالعه نشان می دهد در بعد مفهوم از خود میانگین نمره سازگاری در گروه آزمون از ۱۴/۸۶ به ۳۲/۸۶ و در بعد ایفای نقش میانگین نمره سازگاری از ۷/۱ به ۲۱/۱ رسیده است که بیانگر تغییر معناداری در این ابعاد بود ($P=0/000$). روی معتقد است؛ خودکنترلی از جنبه های مهم در مدیریت بیماری مزمن است. این افراد مبتلا نیازمند یادگیری رفتارهایی جهت کنترل بیماری خود هستند. مراقبت از یک بیمار مزمن تمرکز بر تغییر رفتارهای وی در جهت ایجاد رفتارهای سازگار (سالم) دارد. این رفتارها خود تحت تاثیر محرکات مختلف (اصلی، زمینه ای و باقیمانده) است که دستکاری آنها طی برنامه مراقبتی و آموزشی سبب افزایش میزان سازگاری و در نتیجه کنترل بهتر بیماری می شود (۸). همچنین با توجه به این که انسان موجودی دارای تمامیت (holistic) می باشد، لذا مراقبت از یک بعد می تواند بر سایر ابعاد نیز تاثیر گذار باشد (۹). انسان از اجزاء، اعضا و قوای مختلف مادی و غیر مادی تشکیل یافته است که در مجموع یک مرکب واحد را تشکیل می دهند. این ابعاد با هم ارتباط تنگاتنگی دارند و نقص یکی، موجب نقص دیگری است بدین معنی که دو ساخت مادی و غیر مادی با یکدیگر هماهنگ می باشند و هر بعدی بر بعد دیگر تاثیر گذار می باشد. قبول این فرض، نشان دهنده این حقیقت است که پرستاری و مراقبت از انسان بایستی به صورت یکپارچه صورت گیرد. بدین معنی پرستاری نه تنها به منزله مراقبت از تمامی جنبه هاست، بلکه به معنای آن است که در حین ارائه مراقبت های جسمانی، مراقبت از دیگر جنبه ها نیز به طور همزمان مورد توجه می باشد. لذا پرستار بر این اساس در امر درمان و مراقبت، از تأثیرات ابعاد مختلف بر یکدیگر بهره می برد نظیر: مراقبت های روحی روانی در امر مراقبت جسمانی و بالعکس (۱۷). شوکتی (۲۰۰۶) در مطالعه ای با اجرای برنامه مراقبتی مشارکتی بر

کیفیت زندگی مبتلایان به سکتة مغزی نشان داد که مداخله در یک بعد منجر به بهبود تمام ابعاد همچون فعالیت های روزانه زندگی در افراد مبتلا مبتلا به سکتة مغزی می شود. بنابراین انجام یک مداخله مراقبتی از بعد زیستی خواهد توانست بر سایر ابعاد همچون سازگاری در بعد استقلال-وابستگی، ایفای نقش و خودمفهمی نیز موثر واقع شود (۱۸). Chen و همکاران (۲۰۰۸) مطرح می کند که در دوره بهبودی از سکتة مغزی، چالش های مهم زیستی و روانشناختی وجود دارند، لذا انجام مداخلات حمایتی و روحی روانی مناسب و درک رفتارهایی که سازگاری را افزایش می دهند مهم و حیاتی هستند. لذا روش های مقابله ای فعال، اجتماعی و روانشناختی به عنوان روش های کمک کننده در سازگاری مطرح هستند که در طولانی مدت موجب پذیرش تغییرات زندگی و درگیری با نقش های جدید و فعالیت ها و فاکتورهای اصلی در سازگاری بعد از سکتة می باشند. مطالعات نشان می دهند که انجام مداخلات بر هر کدام از ابعاد سازگاری مبتلایان به بیماری های مزمن می تواند بر بعد روانشناختی و اجتماعی افراد مبتلا باشد (۱۹). صادق نژاد و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه ای با هدف بررسی تأثیر برنامه مراقبتی بر اساس مدل روی بر میزان سازگاری روانشناختی افراد مبتلا دیابتی نوع ۲، دریافتند که که اجرای مدل روی باعث کاهش معنی داری در رفتارهای ناسازگار در بعد استقلال-وابستگی می شود ($P<0/05$) (۲۰). نتایج مطالعه Modrcin (۲۰۰۳) با هدف بررسی تأثیر زیستی ماساژ آرام بر نوزادان نارس (۲۷ تا ۳۲ هفته بارداری) با استفاده از الگوی روی نشان داد که اجرای الگوی روی در گروه آزمون باعث کاهش تحریک پذیری، کاهش پریشانی رفتاری، خواب آلودگی کم و خواب آرام افزایش یافته می شود (۲۱). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد؛ آموزش برنامه مراقبتی از بعد زیستی در بعد استقلال-وابستگی نیز موثر بود و سازگاری روانی-اجتماعی مبتلایان به سکتة در این بعد نسبت به مرحله قبل از آموزش با میانگین نمره سازگاری از ۱۳/۱۶ به ۲۳/۲۵ رسیده است که بیانگر تغییر معناداری بوده است ($P=0$). بعد استقلال - وابستگی بر نحوه ارتباطات افراد، اهداف، ساختار و گسترش این ارتباطات تمرکز دارد (۲۲). در مطالعه Akyil (۲۰۱۲) که با هدف تعیین تأثیر آموزش افراد مبتلا مبتلا به بیمارهای مزمن انسداد ریوی بر اساس الگوی سازگاری روی بر میزان سازگاری فیزیکی و فیزیولوژیکی انجام شد، در بعد استقلال-وابستگی اختلاف آماری معنی داری دیده نشد ($P>0/05$). نتایج این مطالعه نشان می دهد که افراد مبتلا برای افزایش سازگاری در بعد استقلال-وابستگی نیاز به حمایت بیشتری از طرف خانواده خود دارند که این امر باید در برنامه ریزی مراقبتی از افراد مبتلا مورد توجه قرار گیرد (۲۳). نتایج مطالعه همچنین نشان داد که آموزش باعث می شود که مبتلایان به سکتة مغزی، شناخت بیشتری از خود پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و بدین ترتیب به حدی از خود شناسی نائل شوند که در جهت اصلاح نقاط ضعف و تقویت نقاط مثبت خود اقدام کنند. در نتیجه فرد واقعیت ها را بهتر می پذیرد و با آنها به طور صحیح تری سازش می یابد که این امر به نوبه خود باعث کاهش فشار روانی می شود. نتایج مطالعه اکبر زاده آرانی و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان بررسی تأثیر آموزش بر سازگاری روانی-اجتماعی مادران کودکان عقب مانده ذهنی براساس تئوری روی نشان داد که پس از مداخله، مادران شناخت بیشتری از خود پیدا کردند، نقاط قوت و ضعف خود را شناخت و بدین ترتیب به حدی از خودشناسی نائل شدند که در جهت اصلاح آن نقاط مثبت خود را تقویت نمودند (۲۴).

بیماران گردد. با توجه به نتایج مطالعه به نظر می رسد بتوان از اثرات سودمند این الگو در کنترل بهتر افراد مبتلا به سکتة مغزی بهره گرفت. مراقبت های ارائه شده بر اساس این الگو با توجه به نیاز بیماران و همچنین پیگیری مراقبتی توسط پرستار شاید بتواند تاثیر بیشتری بر کنترل بیماری و افزایش سازگاری بیماران شود.

تقدیر و تشکر

بر خود لازم می دانیم که از کلیه بیمارانی که علیرغم مشکلات موجود و ناتوانی های خاص این بیماری، صادقانه همکاری لازم را در طول این پژوهش داشتند، از کلیه مسئولین و پرسنل محترم دانشکده پرستاری مامایی، پرسنل محترم محیط پژوهش و معاونت پژوهشی دانشگاه (شماره طرح تحقیقاتی ۳۹۲۴۹۴) همچنین کلیه دوستان و همکارانی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند تشکر و قدردانی نماییم.

با توجه به ماهیت مزمن سکتة مغزی و تأثیر منفی آن بر ایفای نقش و توانایی انجام فعالیت های روزانه زندگی، استفاده از برنامه های مراقبتی استاندارد مبتنی بر الگوهای پرستاری با تأکید بر نقش خودمحور بودن بیمار و مشارکت وی در جهت سازگاری با فرایند بیماری و در نتیجه افزایش توانمندی های وی در جهت شناخت و مقابله با محرک های بوجود آورنده رفتارهای ناسازگار، باعث بهبود فعالیت های روزانه زندگی این افراد مبتلا می گردد. این امر حاکی از آن است که مداخلات پرستاری با هدف مراقبت از بعد جسمی و بعد ایفای نقش بیمار بیمار تأثیرگذار است. نتایج این پژوهش نشان داد که الگوی سازگاری روی، قادر به ارتقای سطح سازگاری مددجویان در ابعاد روان شناختی است. لذا به کارگیری این مدل به واسطه در برداشتن رویکرد بین بخشی، امکان ایجاد هماهنگی و استفاده از همه اعضای تیم بهداشتی را فراهم می آورد. در نتیجه می تواند به عنوان راهکاری برای مراقبت از افراد مبتلا به بیماری مزمن مورد استفاده قرار گیرد. استفاده از تئوری های پرستاری در تحقیقات و بالین سبب توسعه بدنه دانش پرستاری، بهبود مراقبت های پرستاری و پژوهش پرستاری خواهد شد. همچنین به لحاظ جامعیت می تواند منجر به نتایج اثر بخش بر ابعاد جسمی و روانی

Effect of a care plan based on Roy's adaptation model on the Psychosocial adaptation of patients With CVA

B. Maleki (MSc)¹, N. Ali Mohammadi^{*2}(PhD), M. Shahriari³(PhD)

1. Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran

2. Department of Intensive Care Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran

3. Department of Internal Medicine, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran

Quarterly Journal of Caspian health and aging; 1(1); winter 2016; PP:22-29

Received: May 31th 2016, Revised: Aug 28th 2016, Accepted: Sep 29th 2016

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Cerebrovascular accident (CVA) is a chronic disease which influences different aspects of human's life such as the psychological and social dimensions. The patients' recovery of balance in these dimensions needs proper and pre-planned care. The aim of this study was to biologically examine the effects of a care plan upon the extent of the patient's adaptability with psychosocial dimensions in reference to Roy's adaptation mod.

Methods: In this clinical trial, 50 CVA patients in selected hospitals of Isfahan during 2014-2015 were selected through accessibility sampling and randomly assigned to two groups of similar size. The data were collected via researchers' developed form of recognition and review of Roy's Model. The care plan was developed based on the maladaptation behaviors and their stimuli which were implemented in the study group and follow-up study was also done. The control group received routine cares. The collected data were analyzed using SPSS 18 and the statistical tests were analyzed.

FINDINGS: The mean score of adaptation before intervention in two groups showed there was no significant difference between psychological adjustment (i.e. self-perception, independence-dependence) and social dimension (role-playing) while a significant difference was found between two groups after intervention ($P < 0.001$).

CONCLUSION: The results of the present study showed that the designed care plan based on the Roy's model with holistic approach and care based on cooperation among the units are able to enhance the adaptation of psychosocial dimensions among patients with CVA.

KEY WORDS: *Cerebrovascular accident, Roy's Adaptation Model, Psychosocial adaptation, Care plan.*

Please cite this article as follows:

Maleki B, Ali Mohammadi N, Shahriari M. Effect of a care plan based on Roy's adaptation model on the Psychosocial adaptation of patients With CVA. *cjhaa*.2016;1(1):22-29.

* Corresponding author : N. Ali Mohammadi

Address : Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran

Tel : +98 311 7927516-14

E-mail : alimohammadi@nm.mui.ac.ir

References

1. Feigin VL. Stroke epidemiology in the developing world. *The Lancet*. 2005;365(9478):2160-1.
2. Azarpazhooh MR, Etemadi MM, Donnan GA, Mokhber N, Majdi MR, Ghayour-Mobarhan M, et al. Excessive Incidence of Stroke in Iran Evidence From the Mashhad Stroke Incidence Study (MSIS), a Population-Based Study of Stroke in the Middle East. *Stroke*. 2010;41(1):e3-e10.
3. Tanner J, Swarbrook S, Stuart J. Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD004288. doi: 10.1002/14651858.CD004288.pub2.
4. Sue Woodward, Ann-marie Mestecky. *Neuroscience Nursing: Evidence-Based Theory and Practice*. Wiley-Blackwell:2011.
5. Levine MP, Piran N. The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body image*. 2004;1(1):57-70.
6. Haun J, Rittman M, Sberna M. The continuum of connectedness and social isolation during post stroke recovery, *Journal of Aging Studies*. 2008; 22(1): 54-64.
7. Ch'ng AM, French D, McLean N. Coping with the challenges of recovery from stroke: long term perspectives of stroke support group members. *J Health Psychol*. 2008 Nov;13(8):1136-46. doi: 10.1177/1359105308095967
8. Whittemore R, Roy SC. Adapting to diabetes mellitus: a theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(4):311-7.
9. Rogers C, Keller C. Roy's adaptation model to promote physical activity among sedentary older adults. *Geriatric nursing (New York, NY)*. 2009;30(2 Suppl):21.
10. Roy S C, Jones D A. *Nursing knowledge development and clinical practice*. Springer Publishing Company . 2007.
11. Bakan G, Akyol AD. Theory guided interventions for adaptation to heart failure. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;61(6):596-608.
12. Scollan-Koliopoulos M. Theory-guided intervention for preventing diabetes-related amputations in African Americans. *Journal of Vascular Nursing*. 2004;22(4):126-33.
13. Serçekuş P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(5):999-1010.
14. de Ridder D, Geenen R, Kuijer R, van Middendorp H. Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*. 2008;372(9634):246-55.
15. Brannon L, Feist J, Updegraff J. *Health psychology: An introduction to behavior and health*: Cengage Learning; 2013.
16. McEwen M, Wills EM, Williams L. *Theoretical basis for nursing*: Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia; 2007.
17. Alimohammadi N, Taleghani. F, Mohammadi. E, Akbarian R. nursing metaparadigm concept of human being in Islamic thought . *Nursing Inquiry*. 2014;21(2): 121-129.
18. shokati ahmadabad M. Partnership caring model on QOLif stroke patients in iran norological reaserch center.tehran. 2007:135.
19. Mullan FD. Nursing models and self-concept in patients with spinal cord injury—a comparison between UK and Taiwan. *International journal of nursing studies*. 2005;42(3):255-72.
20. Sadeghnejad M, Vonki Z, Memarian R. evaluating the effect of using nursing care plan based on "Roy adaptation model" on the adaptation of type 2 diabetics. *Mashhad University*. 2010;1(1):5-20.
21. Modrcin-Talbott MA, Harrison LL, Groer MW, Younger MS. The biobehavioral effects of gentle human touch on preterm infants. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16(1):60-7.
22. Tomey AM, Alligood MR. *Nursing theorists and their work*: Mosby; 2006.

23. Akyil RÇ, Ergüney S. Roy's adaptation model guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(5):1063-75.
24. Akbarzadeh Arani Z, Taghavi t, Sharifi ND, Noghani F, Faghihzadeh S, Khari Arani M. Feyz journal.1391;16(2):128-134.